

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

1153

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger WEBER

Né le 4 Avril 1914 à Paris

**Contribution à l'étude du
MECANISME
de la
TORSION DU GRAND EPIPLOON**

Président : LEVY-SOLAL, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

661

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

REPORT TO THE BOARD OF DIRECTORS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger WEBER

Né le 4 Avril 1914 à Paris

Contribution à l'étude du
MECANISME
de la
TORSION DU GRAND EPIPLOON

Président : LEVY-SOLAL, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1 9 3 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

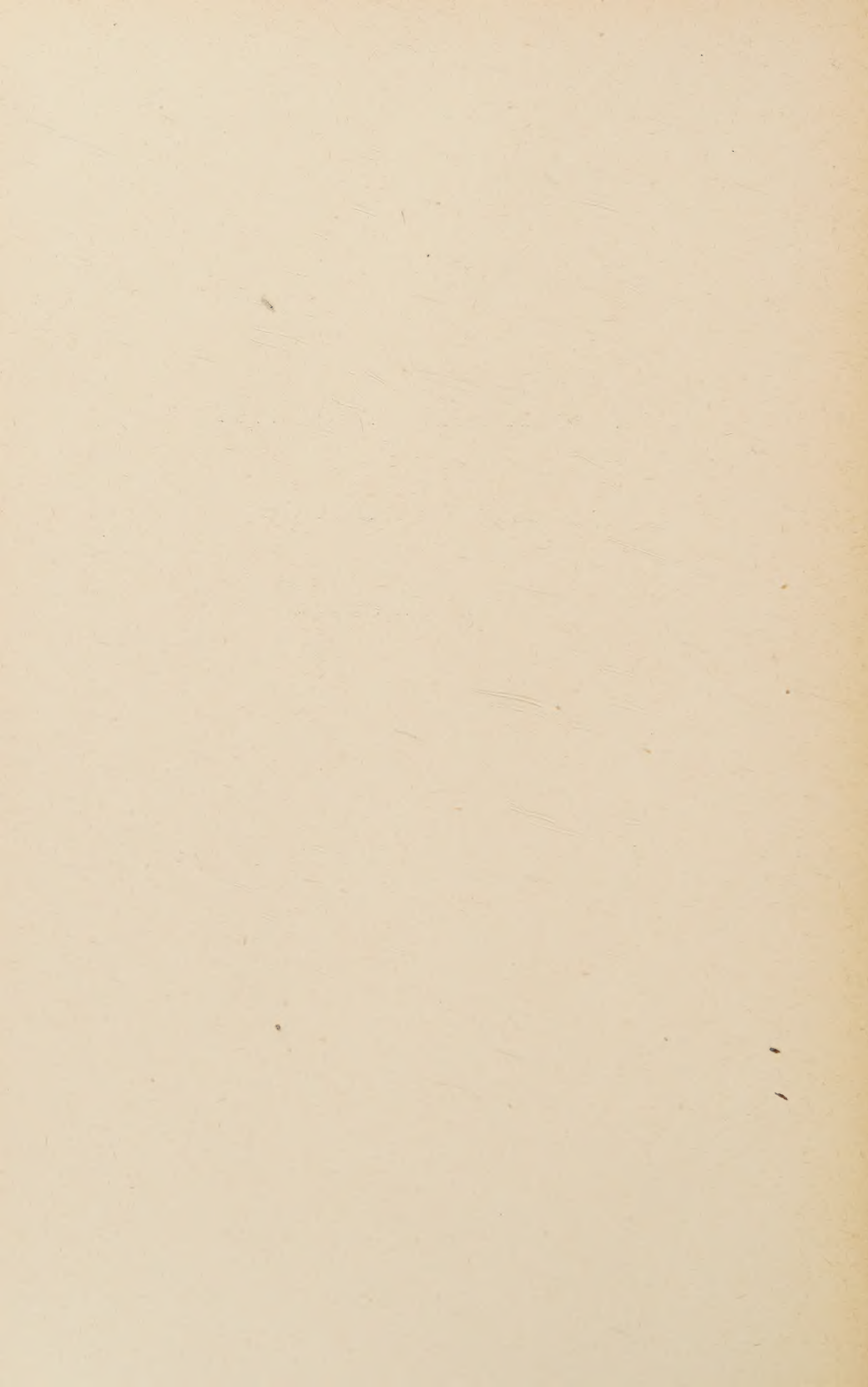
CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MES CHERS PARENTS

A TOUS MES AMIS



A Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricole

à la Faculté de Médecine de Paris

*qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur René BONAMY

Chirurgien de l'Hôpital Gouin

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui a inspiré cette thèse.

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur René BENARD

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur Marcel POUMAILLOUX

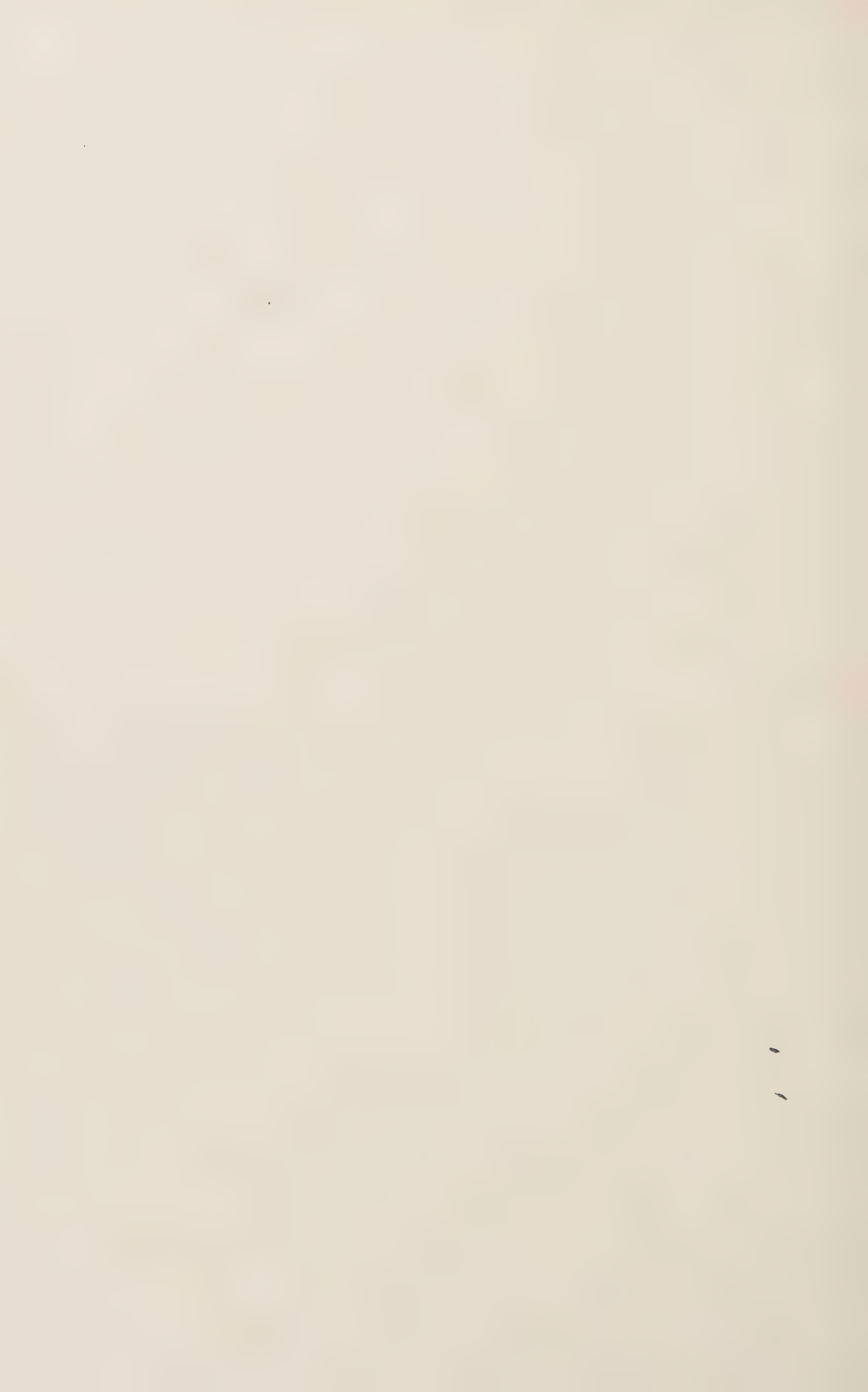
Ancien Chef de Clinique

à la Faculté de Médecine de Paris

Monsieur le Docteur H. BURTY

Chirurgien adjoint de l'Hôpital Gouïn

M. le Docteur WEIL-HALLE



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

1934-1935. M. le Professeur H. HARTMANN

M. le Professeur CARNOT

1934-1935. M. le Professeur LOEPER

M. le Docteur André MARTIN

1935-1936. M. le Professeur TROISIER

M. le Docteur WEIL-HALLE

1936-1937. M. le Professeur GUILLAIN

M. le Docteur TOURAINÉ

M. le Professeur LEMIERRE

M. le Docteur CHIRIE

1937-1938. M. le Professeur CLAUDE

M. le Professeur CHEVASSU

M. le Professeur LEMAITRE

M. le Professeur TERRIEN

Dans les bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, notre Maître, M. le D^r René Bonamy, publiait le 16 juin 1939 un cas de volvulus du grand épiploon. A ce propos il nous a semblé intéressant de rechercher les explications données jusqu'à présent sur le mécanisme de ces torsions. Certaines découlent directement des circonstances qui accompagnent la torsion, d'autres, au contraire, demeurent dans le domaine de l'hypothèse.

Mais, avant de les exposer, voici l'observation qui se trouve à l'origine de notre travail, observation d'autant plus intéressante qu'elle réunit la plupart des symptômes et des constatations opératoires qui accompagnent les torsions du grand épiploon.

OBSERVATION du D^r René Bonamy :

M. X..., ouvrier, est hospitalisé le 1^{er} juin 1939 dans le service de l'hôpital Gouin pour syndrome abdominal aigu. Ce malade, âgé de 45 ans, chez lequel on ne note aucun antécédent pathologique, a présenté quatre jours plus tôt, dans la soirée du 29 mai, une douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'est rapidement atténuée, au point que le malade a pu retourner à son travail le lendemain matin.

Le 30 mai, la douleur persiste, assez sourde; le malade a une selle, la température est 36,8.

Le mercredi 31 mai, reprise des phénomènes douloureux aigus, nettement localisés à la fosse iliaque droite. Le malade reste alité et a, au cours de la journée, trois selles diarrhéiques. La température est de 37,5. Le lendemain matin 1^{er} juin, il se décide à appeler son méde-

cin qui l'hospitalise d'urgence dans mon service, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. A aucun moment il n'y a eu de vomissements ou nausées.

A son arrivée dans le service, l'état général est satisfaisant; pouls à 90, plein, bien frappé, facies aucunement grippé, température à 37.5. Contrastant avec cet état général satisfaisant, le malade accuse, à l'examen, une très vive douleur au point de Mac Burney, douleur s'irradiant vers le pli de l'aîne. Par ailleurs, ventre souple, nullement distendu ou contracté. La palpation, extrêmement douloureuse dans la fosse iliaque droite, qui se défend énergiquement, laisse percevoir une masse empâtée sous-jacente, vaguement délimitée.

Le canal inguinal n'est pas perméable.

Je porte le diagnostic d'appendicite aiguë et décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — L'anesthésie à l'éther permet de préciser le caractère de la masse perçue: elle est assez bien limitée et en position légèrement haute pour une masse appendiculaire habituelle. Je l'aborde à ce niveau par une incision latérale sur le bord droit. Le péritoine ouvert laisse écouler une quantité assez abondante de liquide séro-hématique. J'eus, à ce moment, l'idée qu'il pourrait s'agir d'un infarctus mésentérique. Je perçois, à bout de doigt, une tumeur bosselée dure, se prolongeant assez haut, accolée en dedans du colon ascendant, lui-même très distendu.

L'incision est agrandie vers le haut et j'extrais une masse noirâtre, ecchymotique, de la grosseur d'un poing, constituée par la partie droite de l'épiploon, rattachée au colon transverse par un pédicule long de 1 cm. 1 2, de la grosseur d'un gros crayon et tordu plusieurs fois sur lui-même, sans que je puisse préciser le sens dans lequel

s'est fait l'omento-volvulus. Après avoir libéré ce pédicule au ras de l'intestin, je sectionnais toute la partie nécrosée de l'épiploon. après ligature des deux moignons.

M'étant assuré qu'aucune autre lésion ne siégeait sur les organes du voisinage, je suis allé à la recherche de l'appendice que j'enlevais. Il ne présentait, du reste, ni lésion ni adhérence épiploïque quelconque; drain et fermeture de la paroi en deux plans.

Le malade, revu vingt-quatre heures après l'intervention, va aussi bien que possible; deux semaines après l'opération, il quitte l'hôpital, totalement guéri.

Comme le fait remarquer M. René Bonamy dans son commentaire de l'observation, ce qui frappe ici, c'est qu'on ne trouve aucune cause habituellement invoquée à l'origine de la torsion, c'est-à-dire, comme nous le verrons plus loin, l'agglutination au contact d'un organe enflammé, ou la notion d'une hernie.

Après un bref appel anatomique, nous passerons en revue les théories actuelles du mécanisme du volvulus du grand épiploon en nous guidant sur la classification de Lejars.

RAPPEL ANATOMIQUE

Le grand épiploon est un repli péritonéal qui relie le colon transverse à l'estomac. Ce repli, irrégulièrement quadrilatère, en forme de tablier, descend en avant de l'intestin, derrière la paroi abdominale antérieure, et présente un bord libre inférieur de forme convexe.

Son aspect et sa constitution varient avec l'âge, mais surtout avec l'adiposité du sujet. Mince et transparent chez l'enfant et l'adulte maigre, il est épais et bourré de graisse chez le sujet adipeux.

Il y a au niveau de l'épiploon une richesse vasculaire que ne présente aucun autre segment du péritoine. Il est en effet parcouru par 12 à 15 artériolles provenant de l'arcade formée le long de la grande courbure de l'estomac par l'anastomose des artères gastro-épiploïques gauche et droite. Les veines ont une topographie parallèle à celle des artères.

FORMES CLINIQUES

Ceci posé, les torsions du grand épiploon peuvent se classer en trois groupes distincts qui sont, d'après Lejars :

1° Les torsions de l'épiploon combinées à une hernie irréductible;

2° Les torsions de l'épiploon combinées à une hernie;

3° Les torsions de l'épiploon sans hernie.

Pour être complet on divisera ces dernières en :

a) Torsions par adhérences à un organe enflammé ou à une tumeur;

b) Torsions sans adhérence (volvulus pur).

TORSION AVEC HERNIE CONCOMITTANTE

C'est la forme de beaucoup la plus fréquente, tous les pourcentages publiés tournant autour de 75 à 80 %.

Il s'agit, le plus souvent, d'une hernie inguinale droite.

Deux cas peuvent se présenter suivant que la hernie existe réellement ou a été réduite antérieurement.

Dans le premier cas il s'agit presque toujours d'une hernie ancienne aisément réductible. Aussi le malade porte-t-il une ceinture dont l'action n'est peut-être pas toujours excellente.

En effet, avec la hernie a pénétré à la longue un segment du grand épiploon et la compression exercée semble maintenir plutôt l'épiploon que l'intestin. Quoi qu'il en soit, la pointe de l'épiploon se fixe au fond du sac herniaire, peut-être par suite de l'irritation que ne manque pas de provoquer rapidement sur elle un bandage mal placé. Il s'ensuit que l'épiploon se trouve fixé à ses deux extrémités.

Alors que normalement « il se tend et se détend sans cesse à cause de sa disposition en feuillets qui glissent l'un devant l'autre, on comprend que, si une adhérence quelconque fixe son extrémité inférieure, la torsion s'établisse facilement ». (Cité par Jean Poulain, *Gazette Méd. de Picardie*, mai 1935.) Il se produit alors dans le segment proximal une gêne de la circulation qui est à l'origine de la douleur. Cette douleur parfois très vive siège au niveau même de la torsion qui se trouve souvent précisément au point de Mac Burney. D'où la grande fréquence du diagnostic clinique d'appendicite aiguë lorsqu'il s'agit d'un volvulus épiploïque.

Ainsi se produit la grande torsion de l'épiploon dont le siège est à la fois sacculaire et abdominal. Mais il arrive que seule la portion sacculaire soit atteinte. Dans ce cas la torsion se produit au niveau même de l'orifice herniaire qui devient le point de la douleur maxima; devant cette localisation et les signes qui l'accompagnent, on sera naturellement orienté vers un étranglement herniaire. Enfin il arrive parfois qu'il se produise une double torsion intra-abdominale et intra-sacculaire, avec deux nœuds de torsions. Entre les deux pédicules la palpation révèle la corde épiploïque qu'a décrite Velpeau comme « remplissant le canal inguinal, se prolongeant dans la fosse iliaque droite et constituant la racine de la tumeur ».

Il faut signaler qu'il se produit parfois spontanément une amputation de la partie nécrosée et plusieurs auteurs y voient la pathogénie des épiploocèles intra-herniaires libres. (Folliasson et Dufour.)

Dans le second cas on a la notion d'une hernie inguinale ancienne; mais celle-ci a été réduite et le sac herniaire se trouve actuellement vide. Il en serait ainsi dans 17 % de cas d'après la statistique donnée par Zavoleta. L'adhérence se produit cependant soit au fond du sac, soit à l'orifice herniaire comme dans le cas précédent.

En dehors des hernies inguinales, les plus courantes, on voit quelquefois des volvulus de l'épiploon au cours de hernies ombilicales et plus souvent au cours d'événements post-opératoires ou non.

TORSIONS SANS HERNIE COMMITTANTE

La torsion peut être d'origine mécanique ou inflammatoire.

D'origine mécanique, elle est liée à la torsion d'un organe abdominal, l'épiploon se trouvant entraîné par lui et se nécrosant secondairement. Par un processus analogue il se produit des torsions de l'épiploon dans les kystes de l'ovaire et les kystes hydatiques qui se tordent sur eux-mêmes.

Beaucoup plus fréquentes sont celles qui se rencontrent au cours de lésions inflammatoires. « L'épiploon est un gardien passif, sans tissu musculaire qui le rende mobile, et dont la mobilité d'emprunt est due aux mouvements du tube digestif et surtout du diaphragme. L'épiploon est donc le jeu des divers mouvements auquel il participe. » (Cité par Poulain.) Et Grégoire précise : « dans les cas d'inflammation des organes abdominaux, le grand épiploon paraît se porter au-devant du foyer infecté et se dispose de façon à protéger le reste de la cavité. Mais le mécanisme est difficile à expliquer. » Les adhérences forment autant de points fixes autour desquels l'épiploon, soutenu comme un hamac, aura tendance à propos d'un traumatisme à se tordre comme une serviette tendue à ses deux extrémités. (Hamant.) La torsion qui en résulte est parfois totale, réalisant l'omentovolvulus de Remy, mais la plupart du temps elle reste localisée à une portion de l'épiploon.

Suivant l'organe enflammé, on aura des torsions :

d'origine digestive :

où le point d'adhérence se trouve à l'appendice à l'estomac ou au duodénum (périgastrite et pé-

riduodénite au cours des néos) (Trémolières), à la vésicule biliaire ou encore au colon ascendant ; d'origine gynécologique :

à l'occasion d'une annexite comme dans la curieuse observation publiée par Guibal et Bertrand, où l'épiploon adhérent au pavillon d'une trompe enflammée semble être à l'origine de six avortements successifs survenus au septième mois de la grossesse. La grossesse pourrait être elle-même incriminée dans certains cas. (Riedel.)

Mais l'inflammation peut siéger dans le péritoine lui-même. C'est le cas des volvulus au cours des épiploïtes dont les principales sont tuberculeuses ou syphilitiques.

D'après Lecuit la torsion est en général partielle et serait due au processus suivant : il se produit dans la zone enflammée un épaissement de la séreuse et une tuméfaction. Secondairement, la cicatrisation produit une sclérose qui aboutit à une rétraction du segment épiploïque sous-jacent. Par la suite la zone sclérosée se pédiculise et s'alourdit, facteur favorisant une torsion.

TORSION PURE

Mais, en dehors de toutes ces formes inflammatoires ou mécaniques, il existe des torsions de l'épiploon dites pures, où ne se rencontre aucune des causes énumérées ci-dessus.

Chaque année on publie un certain nombre de ces observations dont celle que nous avons reproduite plus haut. Dans le cas de M. René Bonamy il n'existait aucun antécédent herniaire et l'examen de la région inguinale restait négatif. A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve, pour expliquer la torsion constatée, aucune inflammation malgré l'examen le plus minutieux; en particulier l'appendice que l'on soupçonnait à l'origine des crises douloureuses est absolument sain. Le segment nécrosé de l'épiploon est d'ailleurs découvert libre de toute adhérence. Dans le passé du malade on ne trouve pas plus de traces d'épiploïte aiguë ou chronique, et l'épiploon en dehors de la lésion ne présente aucune granulation et aucun épaissement.

Les crises douloureuses qui ont précédé celle qui décida de l'intervention ne peuvent donc être rapportées qu'à une poussée de la torsion elle-même, poussée entraînant une gêne circulatoire plus intense. Aucun organe n'étant lésé, aucune tumeur ne vient étayer l'étiologie et force nous est de chercher ailleurs.

La littérature nous apporte plusieurs hypothèses que nous allons passer en revue. La plus simple est basée sur la physiologie même du péritoine, du moins de ce qui nous en est connu. Puisque l'épiploon se trouve cons-

talement en mouvements de pli et de repli, s'insinuant entre les anses intestinales, on peut concevoir que cet enroulement soit gêné à un moment donné par la pression d'un organe ou des anses grêles. De là une ébauche de troubles qui passent longtemps inaperçue mais qui évoluent peu à peu vers des réactions du même ordre que celles constatées des épiploïtes citées plus haut : épaississement, tuméfaction, etc... Complétant cette hypothèse de Jaboulay, Bazy invoque une exagération du péristaltisme intestinal ayant secondairement une action sur l'épiploon.

Payr se demande si un inégal remplissage des vaisseaux de l'épiploon ne pourrait pas être invoqué. Les veines se gorgeraient de sang sous l'effet d'un obstacle, par exemple au niveau des veines gastro-épiploïques, tandis que les artères resteraient normalement remplies. Il s'ensuivrait un enroulement des veines autour des artères, d'où torsion du péritoine qui, en se serrant de plus en plus, provoquerait la crise douloureuse.

Pour d'autres il faut admettre une étiologie basée sur la sécrétion agglutinante du péritoine plus abondante au niveau de l'épiploon que partout ailleurs. « Pour une cause quelconque l'épiploon est congestionné, agglutinant. Il ne se dégage pas aussi bien des anses intestinales qui le tordent sans cesse, ses tabliers eux-mêmes s'agglutinant entre eux, une torsion s'amorce. Aussitôt le courant sanguin s'interrompt dans quelques grosses veines. Stase et turgescence au lieu de favoriser la détorsion ne peuvent que fixer la lésion. Puis la persistance des mouvements intestinaux, ou le flux du sang dans les artères transforme ce volvulus à un tour de spire en volvulus à plusieurs tours. » (Cité par Jean Poulain.)

D'autre part il est intéressant de noter que très souvent la torsion de l'épiploon survient chez des sujets adipeux. Chez eux l'épiploon se présente épais et bourré de graisse à l'instar de la paroi abdominale. Que la circulation abondante de l'épiploon entraîne un dépôt de graisse dans les parties inférieures, rien n'est plus facile à imaginer. Cette surcharge de graisse constitue probablement un facteur prédisposant fréquent, tant pour la formation d'un pédicule que pour sa torsion. (Vialle.)

Il faut signaler les théories congénitales. Pour Riedel il existerait dans certains cas un diverticule au niveau de l'anneau inguinal, diverticule dans lequel s'engagerait et se fixerait un segment de l'épiploon, sans qu'il y ait cliniquement la moindre trace de hernie. Pour Mac Wharter il faudrait voir à l'origine du volvulus une malformation congénitale, que ce soit un allongement d'une partie de l'épiploon ou une disposition anormale du colon transverse, peut-être aussi de ses insertions.

Il nous reste à étudier un problème qui intrigue souvent : pourquoi dans la torsion pure, comme, du reste, dans la torsion avec hernie, la torsion de l'épiploon se produit-elle à droite dans la grande majorité, sinon la totalité des cas? Pour Lecuit qui s'est posé la question, la masse tordue serait d'abord médiane et par la suite, le péristaltisme de la masse intestinale, surtout des anses grêles, la refoulerait vers le cœcum et la fosse iliaque droite. C'est supposer que la force résultante du péristaltisme intestinal se trouve dirigé dans cette direction. On peut donc se demander si le grand épiploon sain ne se porterait pas davantage dans cette direction; cela expliquerait en tout cas la grande fréquence avec laquelle se rencontre la présence d'une de ses franges dans le sac d'une hernie inguinale droite alors qu'elle est exceptionnelle au cours des hernies gauches.

FACTEURS DETERMINANTS

La torsion du grand épiploon se produit donc dans un certain nombre d'infections déterminées, mais, quel que soit l'état de l'épiploon et des organes abdominaux, causes prédisposantes au volvulus, il semble bien qu'il intervienne encore une cause déterminante.

En effet, tandis que l'appendicite survient au milieu de symptômes infectieux, on trouve souvent à l'origine apparente des accidents un traumatisme dont l'action semble **indéniable**.

Tantôt c'est un traumatisme direct sur la paroi abdominale (Cernezzi), tantôt ce sont des efforts de toux (Bayer). Souvent c'est un effort violent isolé ou répété : soulever un fardeau (Bergue-Lapeyre, Hamant, Zaveleta), course à bicyclette (Thévenard), exercice de boxe, de gymnastique (Pretzs), ou simplement un travail pénible. La simple réduction d'une hernie inguinale s'est accompagnée d'accidents de torsion éclatant brusquement (Guilleminet et Rollet). Une purgation a été suivie des mêmes accidents (Bufalini).

Ce sont là en somme des causes souvent rencontrées à l'origine des hernies et de leur étranglement.

CONCLUSIONS

Le mécanisme de la torsion du grand épiploon procède :

1° Par fixation :

- a) Consécutive à une hernie réduite ou non;
- b) Par adhérences secondaires à une :
 - inflammation d'un organe abdominal ou d'une tumeur;
 - inflammation de l'épiploon lui-même (épiploïtes);

2° Par entraînement
dans la torsion d'un organe abdominal;

3° Par modification des facteurs physiologiques normaux de l'épiploon :

- exagération du péristaltisme;
- troubles de la circulation;
- sécrétion agglutinante;
- surcharge graisseuse (lipome épiploïque);
- malformations congénitales.

En dehors de ces causes prédisposantes de la torsion du grand épiploon, on a souvent la notion d'un effort ou d'un traumatisme, agissant comme cause déterminante des accidents.

Vu le Doyen :

Vu le Président de thèse :

TIFFENEAU,

LEVY-SOLAL

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

René Bonamy. — Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, 1939, séance du 16 juin.

Lejars. — Semaine Médicale, 1907.

Bulletins de la Société d'Anatomie de Paris, 1900.

Mondor. — Les Diagnostics chirurgicaux d'urgence.

Grégoire. — Anatomie médico-chirurgicale.

Aimes. — La chirurgie du Grand Epiploon.

Hamant, Rothan, Ch. Thomas. — Revue Médicale de l'Est, 1934, n° 18.

Lecuit. — Thèse de 1932.

Archives Médicales d'Angers, septembre 1933.

P. Vialle. — Gazette Médicale de France et des pays de langue française, octobre 1936.

Guibal et Bertrand. — Bulletin de l'Académie de Chirurgie, 18 novembre 1936.

Massabeau, Guibal, Joyeux, Drouet. — Société Médicale et Biologique de Montpellier, février 1939.

Jean Poulain. — Gazette Médicale de Picardie, mai 1935.

Oswaldo Mazzini. — Catedra de clinica chirurgica (Buenos Aires).

Diego E. Zavoleta. — Prensa Medica Argentina, février 1939.

